



Расстройства Аффективного Спектра При Патологиях Системы Кровообращения

1. Мухамадиева Н. Б.

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Aug 2023,
Online 5th Sep 2023

¹ Бухарский государственный медицинский институт

Резюме: Последние годы депрессия стала одной из наиболее актуальных проблем медицины. Высокая распространенность психической патологии отмечена как среди контингента поликлинических учреждений, так и многопрофильных больниц, где в основном психические расстройства представлены амбулаторными "невротическими" формами, среди которых преобладают соматизированные тревожно-депрессивные расстройства. Такое положение свидетельствует об актуальности создания эффективной системы специализированной помощи этой категории больных.

Ключевые слова: соматизированные психические расстройства тревога, аффективные расстройства, ИБС, коморбидность.

В последние годы депрессия рассматривается как существенный фактор риска возникновения сердечно-сосудистых расстройств наряду с дислипидемией, артериальной гипертонией и курением. Так, рост распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда связывают, в том числе и с ростом депрессивных расстройств. В свою очередь, у больных ИБС депрессия также встречается чаще, чем в среднем в популяции, и составляет приблизительно 20% [Aromaa A., Raitasalo R., Reunanen A. et al.; Кулик А.Л., 2006].

Исследования, проведенные в области определения связи между заболеваниями сердца и депрессии, установили, что: риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше у лиц в состоянии депрессии; даже умеренные проявления депрессии являются фактором риска повышения артериального давления; признаки депрессии в первый месяц после оперативного лечения ишемической болезни сердца (аортокоронарное шунтирование) часто предопределяют наличие приступов стенокардии в будущем; депрессия повышает частоту госпитализации у пациентов с сердечной недостаточностью. Это сочетается с низкой выявляемостью депрессивных расстройств в общей медицинской практике при одновременно широкой их распространенности у больных с ССЗ и предполагает наличие неблагоприятных синергических связей ССЗ и депрессии, недостаточный учет которых ухудшает прогноз заболевания [N.L. Sin, A.D. Kumar, A.K. Gehi et al. 2016].

Тревога и депрессия - самые распространенные (первичные) и нормальные человеческие эмоциональные реакции на стрессовые события. Часто они встречаются вместе, хотя в

феноменологически и филогенетически представляют собой совершенно разные явления. Тревога отражает состояние повышенной готовности организма к быстрому ответу на возможные внешние стрессовые факторы; депрессия - состояние подавленности, угнетения, часто вследствие осознания безвыходности ситуации, разочарования и утраты в жизни. Нередко депрессия развивается вторично, после длительного состояния тревоги, поддерживаемой не разрешающейся стрессовой ситуацией, и тогда депрессия не позволяет организму справиться со стрессом, образуя порочный круг и утяжеляя состояние. Такие эмоциональные реакции (аффекты) следует отличать от тяжелых патологических состояний (заболеваний): депрессии и тревожных расстройств. Тревожные расстройства как пограничная психическая патология, так же, как и депрессии, большей частью наблюдаются в общемедицинской практике, где распознаются далеко не всегда [1, 2, 3]. Кроме того, участвуя в развитии многих соматических расстройств (например, гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др.), тревога и депрессия существенно осложняют их течение и прогноз [Koenig H. G., 2011].

Считается, что в своей обычной практике терапевт хотя бы раз в день сталкивается с больным с депрессией или тревожным расстройством. По данным, полученным на американской популяции, риск развития в течение жизни большого депрессивного эпизода составляет 17,3%, а тревожного расстройства - 24,5% [Kennedy G.J. et al., 2015], широкомасштабного Европейского исследования - соответственно 14,4% и 16% [Hemingway H., Marmot M., 1999]. При этом депрессия выявляется почти у 60% больных с тревожными расстройствами.

Одной из задач последних исследований в области соматопсихиатрии заключается в создании эффективного способа прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств как на раннем этапе постинфарктного периода, так и в более поздние сроки, и, как следствие, профилактика развития осложнений, более комплексная оценка динамических изменений уровня депрессии в ходе проводимой терапии, а следовательно, и эффективности проводимой терапии, а также прогнозирование возможной рекуррентности течения депрессивных расстройств в будущем, кроме того, в результате реализации данного способа получена возможность судить об исходе инфаркта миокарда.

Психосоматические концепции в кардиологии не только привлекают все большее внимание исследователей, но и находят практическое применение, связаны с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации специализированной (психиатрической) помощи больным с сердечно-сосудистой патологией. Первостепенное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, подготовка кадров психиатров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов. Трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с ограниченностью профессиональных контактов между врачами соматических учреждений и специалистами психиатрических клиник и диспансеров, а также отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим среди населения, связанным, прежде всего, со страхом стигматизации [Люсов В.А., Волов Н. А., 2010]. Изучение депрессивных расстройств у больных с инфарктом миокарда с учетом влияния клинических, личностно-психологических факторов, способных оказать влияние на эффективность оказываемой помощи и факторов прогноза, является одной из актуальных задач психосоматической медицины, имеющей как научное, так и практическое значение [5, 6].

Анализ исследований последних лет свидетельствуют о том, что разрабатываемые разными авторами проблемы формирования психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях, их динамика и терапия весьма актуальны.

Между депрессивными расстройствами и ИБС существуют взаимосвязи. В частности, наличие депрессии значительно ухудшает комплайенс в отношении терапии сердечно-сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на течение заболевания в постинфарктном периоде и приводит к более ранней и повышенной смертности [Glassman A., Shapiro P., 1998]. В медицинской практике коморбидность депрессивных расстройств и ИБС встречаются нередко. Пациенты с депрессивными расстройствами имеют высокий риск развития ИБС и, наоборот, у больных с ИБС повышен риск развития депрессивных расстройств. К сожалению, патогенетические закономерности взаимосвязи депрессии и ИБС недостаточно исследованы [1, 3, 8, 9].

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз «Инфаркт миокарда» у больных ассоциируется с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация - все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Обычно с улучшением физического самочувствия страх смерти ослабевает. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших [Carney R. et al., 2010]. По другим данным, психические нарушения констатируются в 28% случаев [Ford D.E. et al., 1998]. У 50% больных наблюдается интенсификация невротических черт (Coupland N, Wilson S., Nutt D., 1997].

По некоторым данным, на 7-й день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Выраженность подобных симптомов зависит как от тяжести инфаркта миокарда, так и характерологических особенностей личности больного. При психологическом исследовании больных в этом периоде выявляется подъем по шкалам депрессии, шизофрении, в меньшей степени - ипохондрии. У пациентов, перенесших ранее инфаркт миокарда, затяжные приступы стенокардии и тяжелые гипертонические кризы, подострый период отличается особой тревожностью и более выраженным подъемом по шкале ипохондрии при умеренном повышении шкал депрессии и шизофрении. Шкала «мания» занимает минимальное положение в профиле [4, 5]. Эти соотношения можно обозначить как своеобразные «рецепрокные»: легкие и умеренно выраженные депрессии, особенно начальные этапы развивающегося депрессивного эпизода, сопровождаются возрастанием риска таких угрожающих жизни осложнений сосудистого заболевания, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт. При глубоких депрессиях с типичной, классической триадой аффективных, соматовегетативных и мотивационно-волевых проявлений риск развития указанных осложнений снижается. Это хорошо известно в психиатрии. Именно к таким сочетаниям психической и соматической патологии в особой мере применимо введенное французскими исследователями понятие «психосоматическое балансирование». Сущность психосоматического балансирования заключается в том, что выраженность одного заболевания предполагает снижение выраженности клинических проявлений другого. Например, возрастание тяжести депрессии

сглаживает проявления гипертонической болезни, снижает вероятность резкого повышения артериального давления, и, напротив, грубые дисциркуляторные нарушения могут ослаблять тяжесть депрессивного сдвига настроения и связанных с ним переживаний. Вместе с тем на этапах редукции депрессивного синдрома риск указанных осложнений соматического (сосудистого) заболевания может вновь возрастать, что требует особого внимания к соматическому состоянию пациента при завершении активной терапии депрессии. Эти сложные соотношения депрессии и сосудистой патологии, по-видимому, отражают присущие динамике депрессии закономерные изменения физиологической реактивности [10].

Для разных этапов депрессии характерны существенно различающиеся проявления реактивности в разных ее формах - эмоциональной, вегетативной, иммунологической, нейрофизиологической. Так, начальные этапы развития депрессии сопровождаются общим повышением реактивности с эмоциональной (гипотимного полюса) и вегетативной неустойчивостью, в том числе колебаниями артериального давления, повышением чувствительности к различным внешним воздействиям. Напротив, развитие выраженного депрессивного синдрома сопровождается снижением реактивности - блокированием или сглаживанием реакций на внешние воздействия психологического и биологического характера: формируется относительно устойчивая, «закрытая» для внешних влияний структура депрессии. На этапах обратного развития депрессии, т.е. редукции ее основных проявлений, вновь обнаруживаются признаки эмоциональной и вегетативной неустойчивости, колебаний состояния и его зависимости от внешних влияний. Это одновременно и прогностически положительные признаки наметившегося выздоровления, и признаки этапной лабилизации реактивности, чреватые риском осложнений при наличии сосудистой патологии. Эти особенности депрессии необходимо учитывать для разработки последовательной терапевтической тактики [6,7].

Коморбидность депрессивных расстройств и постинфарктных состояний предполагает 4 варианта взаимоотношений: возникновение инфаркта миокарда на фоне существующей и/или предшествующей депрессии (35,1%), одновременное появление инфаркта миокарда и депрессии (21,1%), депрессии, развившиеся в раннем (до 1 мес) постинфарктном периоде (10,5%), депрессии, возникшие в восстановительном периоде инфаркта миокарда (33,3%). При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде необходимо отметить выделенные варианты депрессий: тревожные (57,9%), меланхолические (21%), дисфорические (8,8%), маскированные (12,3%). Независимо от варианта депрессии в беседе пациенты в первую очередь предъявляют жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в характерные зоны, и ноющие, колющие в левой половине грудной клетки. Пациенты высказывают опасения по поводу своего физического состояния, болевых ощущений, перспектив на будущее. Другая из предъявляемых жалоб - бессонница. Из субъективных жалоб, указывающих на депрессивное расстройство, отмечены подавленность, упадок сил, ощущение безнадежности. В переживаниях с одинаковой частотой отражаются страх повторения инфаркта, пессимистические взгляды на будущее и низкая самооценка. У мужчин отмечена склонность проецировать свои переживания на социально-экономическую ситуацию в стране [7, 8, 9].

Данные, полученные в результате исследований последних лет, позволяют совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия для больных с сердечно-сосудистой патологией, с депрессивными расстройствами, что будет способствовать оптимизации оказания помощи врачами психиатрами, кардиологами, а также профилактике психических нарушений у данной категории больных [10].

Интеграция в работе врачей различных областей возможно при использовании теоретических и практических результатов различных исследований в области соматопсихиатрии и психосоматики. Разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии способствует более качественному и прицельному осуществлению наблюдения за клинической картиной, течением заболевания, адекватному подбору систематической поддерживающей терапии посредством осуществления преемственности в решении клинических и социальных вопросов при ведении больных с сердечно-сосудистой патологией.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. 336 с.
2. Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А.// Современные взгляды на психосоматические заболевания// Клиническая медицина, №7. 2014
3. Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — №4. — С.22-32.
4. Краснов В.Н. Проблема современной диагностики депрессий// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;11(2):3–10.
5. Краснов В.Н., Палеев Н.Р. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины// Альманах клинической медицины. 2014, 35, 84-88.
6. Кремер С.В., Чикин А.Н., Демина Е.Ю. и др. Диагностика абдомино-кардиального синдрома в хирургической клинике. В кн.: Актуальные вопросы практической медицины: Тезисы докладов конференции. Лермонтов; 1998: 34—6.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология. М.: Медицинское информационное агентство; 2005.
8. Mukhamadieva N.B., Tuksanov Sh.A. Priorities of mental and physical health problems in internist's practice. ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 12 (5), 533-537
9. Mukhamadieva N.B. Development of an algorithm for assessing the risk of depression after ischemic attack// European Journal of Molecular & Clinical Medicine 7 (11), 2020.
10. Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010// Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — № 9. — P. 655-679.